



## ASL BENEVENTO

Allegato 1 – Mod.2

### **DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA DI AVVISO PUBBLICO PER IL RICONOSCIMENTO DI CONTRIBUTI ECONOMICI PER L'ACQUISTO DI AUSILI, ORTESI E PROTESI PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ SPORTIVE AMATORIALI DESTINATE A PERSONE CON DISABILITÀ FISICA – D.M. 22 AGOSTO 2022.**

Il/la sottoscritto/a NOME ..... COGNOME .....  
NATO/A A ..... IL .....  
CODICE FISCALE .....  
RESIDENTE A ..... IN..... CAP .....

Riferimenti per il contatto:

- telefono fisso e/o cellulare (obbligatorio): .....
- mail (obbligatoria): .....@.....

#### **consapevole delle responsabilità di legge in caso di dichiarazioni non veritiere (\*)**

presenta domanda di partecipazione al bando per il riconoscimento di contributi per l'acquisto di dispositivi medici per lo svolgimento di attività sportive amatoriali destinate a persone con disabilità fisica, in particolare per l'acquisto del seguente dispositivo medico ..... a beneficio di:

se stesso

persona verso la quale esercita la tutela legale o l'amministrazione di sostegno o della quale ha la responsabilità genitoriale (solo in questi casi, compilare i seguenti campi con i dati del beneficiario):

NOME ..... COGNOME .....  
NATO/A A ..... IL .....  
CODICE FISCALE .....  
RESIDENTE A ..... IN..... CAP .....

A tal fine,

- allega alla domanda la seguente documentazione relativa al beneficiario:



- a) certificato di idoneità allo svolgimento di attività ludico motorie sportive rilasciato da medico specialista in medicina dello sport dipendente /convenzionato con SSN o iscritto nell'Elenco Regionale dei professionisti abilitati con il SSN (**Allegato 1-mod. 1-al Decreto Dirigenziale della Regione Campania n. 583 del 20/06/2024**);
- b) modello ISEE 2024;
- dichiara che il beneficiario:
  - a) risulta in una o più delle seguenti condizioni cliniche:
    - amputato di arto superiore,  monolaterale  bilaterale;
    - amputato di arto inferiore,  monolaterale  bilaterale;
    - paraparesi/paraplegia;
    - tetraparesi/tetraplegia;
  - b)  è in possesso di verbale di invalidità civile (solo se maggiorenne);  
 è in attesa del riconoscimento di invalidità civile (solo se maggiorenne);
  - c) richiede il contributo per la pratica della seguente disciplina sportiva:  
.....;
  - d) non è affiliato ad alcuna società sportiva;
  - e) non ha ottenuto, né richiederà altri contributi pubblici a sostegno delle spese effettuate per l'acquisto dei dispositivi medici oggetto del bando.

Dichiara, inoltre, di accettare le condizioni per l'erogazione del contributo relative a:

- criteri per la predisposizione della graduatoria, come esplicitati nel bando;
- visita medica per la prescrizione del dispositivo presso il medico specialista prescrittore del SSN;
- procedure di erogazione successive alla prescrizione:
  - 1) contatto con fornitore autorizzato;
  - 2) eventuali procedure di autorizzazione nel caso di contributo per componenti per protesi d'arto;
  - 3) visita medica per collaudo presso lo stesso specialista prescrittore;
  - 4) integrazione della documentazione a corredo della domanda trasmessa tramite posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo: [centro.riabilitazione@pec.aslbenevento.it](mailto:centro.riabilitazione@pec.aslbenevento.it), oppure tramite racc. A/R all'indirizzo: **ASL Benevento, Direzione Generale, Via Oderisio n.1 - 82100 Benevento**, oppure mediante consegna a mano presso l'Ufficio: **Centro Riabilitazione, via P. Mascellaro n.1**, primo piano, amministrazione/ segreteria, con la consegna della fattura o della ricevuta fiscale della spesa sostenuta, regolarmente quietanzate, a seguito di acquisto del dispositivo medico oggetto del bando;
- partecipazione al follow up a 3 mesi e a 6 mesi, come da appuntamenti che saranno definiti dallo specialista prescrittore.



Al fine della partecipazione all'erogazione del contributo, dichiara, infine:

- di essere consapevole che, qualora le integrazioni non saranno presentate entro i termini di cui al bando, la domanda si intenderà respinta ed il contributo non sarà esigibile;
- che, qualora esso possa essere erogato, lo stesso potrà essere accreditato sul conto intestato a ..... IBAN.....

e fornisce il consenso al trattamento dei dati ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. n. 196/2003, Regolamento UE 2016/679 e D. Lgs. n. 101/2018).

*(\*) Articolo 76, commi 1, 2 e 3 del d.P.R. n. 445/2000: “1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. ((La sanzione ordinariamente prevista dal codice penale è aumentata da un terzo alla metà.)) 2. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso. 3. Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli articoli 46 e 47 e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'articolo 4, comma 2, sono considerate come fatte a pubblico ufficiale.”.*

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_

**Allega copia documento di riconoscimento in corso di validità.**